



**JOANA FILIPA
MARTINS RIBEIRO**

**SENTIDO NA VIDA E AUTO-EFICÁCIA EM
INDIVÍDUOS COM LESÃO MEDULAR**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2015

**JOANA FILIPA
MARTINS RIBEIRO**

**SENTIDO NA VIDA E AUTO-EFICÁCIA EM
INDIVÍDUOS COM LESÃO VERTEBRO-MEDULAR E
SUA INFLUÊNCIA NA ADAPTAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

“Success is not the key to happiness. Happiness is the key to success. If you love what you are doing, you will be successful.”

Albert Schweitzer

o júri

presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Doutora Sara Monteiro, orientadora científica desta dissertação, o meu muito obrigado por todo o tempo disponibilizado, apoio científico e conhecimentos partilhados ao longo do último ano.

Ao Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, o meu muito obrigado por me terem permitido a recolha de dados, pela cedência do espaço e de toda a informação necessária, imprescindíveis à elaboração da presente tese. Em especial, obrigado ao Dr. Jorge Laíns por todo o apoio, informação disponibilizada e aceitação do projeto de investigação.

Aos colegas do supracitado centro, o meu muito obrigado por todo o apoio e companheirismo ao longo destes meses, que tornaram esta jornada numa experiência para a vida. Em especial, o meu profundo obrigado às Doutoradas Mariana Ferreira Mano e Ana Gabriel Marques, por todo o apoio e ajuda disponibilizada e por serem mais que apenas orientadoras, e à Catarina Leocádio, minha companheira inseparável, agradeço todos os momentos passados no Gabinete 7.

Aos utentes do supracitado centro, o meu profundo obrigado por terem abdicado de um pouco do vosso tempo em prol deste trabalho e por me terem ensinado tanto. Sem vocês, nada disto seria possível.

Aos meus colegas de curso, obrigada por me acompanharem durante esta jornada por todas as memórias. Um obrigada especial à Carolina Carlos pelo apoio incondicional e toda a ajuda prestada, que foi, é e será uma amiga para a vida.

Agradeço aos meus amigos o incentivo e a força que me deram, a partilha de experiências e os momentos que ficarão para sempre comigo.

Obrigada à minha família pelo patrocínio de um sonho.

Por fim mas não por último, um obrigada muito especial ao Luís Pequeno por estares sempre do meu lado, por toda a força e por acreditares sempre em mim, talvez mais do que eu própria. Sabes que não teria chegado até aqui sem o teu apoio e, por isso, este trabalho é também teu.

palavras-chave

Sentido na vida, auto-eficácia, adaptação psicossocial, lesão vertebro-medular

resumo

A lesão vertebro-medular (LVM) é um acontecimento disruptivo de vida que implica uma readaptação física, psicológica e social do indivíduo. Segundo estudos anteriores, o sentido na vida e a auto-eficácia são duas variáveis importantes para essa readaptação mas ainda pouco estudadas. Este estudo propõe-se a investigar a relação entre o sentido na vida e a auto-eficácia e a sua influência na adaptação psicossocial de sujeito com LVM.

A amostra é constituída por 39 participantes, com LVM e em regime de internamento no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, aos quais foi aplicado um protocolo que engloba o Teste de Objetivos de Vida (PIL-R), a Escala de Auto-Eficácia Geral, a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar, a Escala de Adesão Terapêutica, Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) e o Inventário de Crescimento Pós-Traumático.

Os resultados principais revelaram uma correlação positiva entre o sentido na vida e a auto-eficácia, assim como correlações entre o sentido na vida/auto-eficácia e os construtos utilizados para avaliar a adaptação psicossocial (saúde mental, adesão terapêutica, qualidade de vida e crescimento pós-traumático). A saúde mental, a adesão, a qualidade de vida e o crescimento pós-traumático funcionam igualmente como variáveis preditoras do sentido na vida e da auto-eficácia. Compreendendo e fortalecendo estes dois construtos, poderemos planejar intervenções psicológicas mais eficazes e facilitar a reabilitação de sujeitos com LVM.

keywords

Purpose in life, self-efficacy, psychosocial adaptation, spinal cord injury

abstract

Spinal cord injury (SCI) is a disruptive life event that implies physical, psychological and social readjustment by the individual. According to previous studies, purpose in life and self-efficacy are two important variables in the readjustment process but still under studied. This study intends to investigate the relationship between purpose in life and self efficacy and their influence in psychosocial adjustment of persons with SCI.

The sample consisted of 39 participants with SCI, all inpatients in Center for Medical Rehabilitation in the center region of Portugal – Rovisco Pais. They answered to a protocol that included the Purpose in Life Test (PIL-R), the General Self Efficacy Scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Therapeutic Adherence Scale, the World Health Organization Quality of Life Bref and the Posttraumatic Growth Inventory.

Main results showed a positive correlation between purpose in life and self-efficacy, as well as correlations between them and the constructs used to evaluate psychosocial adjustment (mental health, adherence, quality of life and post-traumatic growth).

Mental health, adherence, quality of life and post-traumatic growth were also good predictors of purpose in life and self-efficacy. By understanding and strengthening purpose in life and self-efficacy, we can plan more effective psychological interventions and ease the rehabilitation of individuals with SCI.

Índice

Introdução	1
Adaptação psicossocial em indivíduos lesionados medulares	2
O sentido na vida e a lesão medular	5
A auto-eficácia e a lesão medular	7
Relação entre sentido na vida e auto-eficácia	8
Método	9
Participantes	9
Instrumentos	10
Procedimentos	13
Análise de dados	14
Resultados	14
Caracterização da amostra em relação às variáveis: sentido na vida, auto-eficácia, saúde mental, adesão terapêutica, QdV e crescimento pós-traumático	14
Relação entre sentido na vida e auto-eficácia e relação destas variáveis com a saúde mental, adesão terapêutica, QdV e crescimento pós-traumático	16
Modelos de regressão para o sentido na vida e auto-eficácia	21
Discussão	22
Bibliografia	28
Anexos	36

Lista de Siglas

AVD	Atividades de Vida Diária
CMRRC-RP	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais
EAT	Escala de Adesão Terapêutica
GSE/EAE	Escala de Auto-Eficácia Geral Percepcionada
HADS/EADH	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
ICP	Inventário de Crescimento Pós-Traumático
LVM	Lesão Vertebro Medular/Lesionados Vertebro Medulares
MIF	Medida de Independência Funcional
PIL/PIL-R	Teste dos Objetivos de Vida
QdV	Qualidade de Vida
WHOQOL-BREF	Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1	10
Caraterização das LVM dos participantes.	
Tabela 2	15
Valores obtidos pela amostra de utentes com LVM em regime de internamento no PIL-R e EAE.	
Tabela 3	16
Valores obtidos pela amostra de utentes com LVM em regime de internamento nas escalas utilizadas para avaliar a adaptação psicossocial e obtidos pelas amostras portuguesas nos estudos de validação das mesmas.	
Tabela 4	17
Relação entre escala do sentido na vida (PIL) e escala e subescalas de auto-eficácia (EAE).	
Tabela 5	19
Correlações do sentido na vida e auto-eficácia com as variáveis utilizadas para avaliar a adaptação psicossocial.	
Tabela 6	20
Correlações das subescalas da auto-eficácia com as variáveis utilizadas para avaliar a adaptação psicossocial.	
Tabela 7	21
Correlações entre as subescalas do ICP e os domínios da QdV.	
Tabela 8	22
Regressão linear das variáveis preditoras do sentido na vida.	

Tabela 9	22
Regressão linear das variáveis preditoras da auto-eficácia.	

A lesão vertebro-medular (LVM) é uma condição médica com manifestações clínicas variadas decorrentes da perda de funcionalidade parcial ou total da espinal medula, que para além de serem incapacitantes se prolongam durante a restante vida da pessoa (Fechio, Pacheco, Kaihami, & Alves, 2009).

As sequelas da LVM envolvem diferentes domínios da vida do sujeito como o domínio social, relacional, emocional, ocupacional, valorativo e a auto-percepção e não apenas o domínio físico, que à primeira vista é o mais evidente (Fechio et al., 2009). As sequelas físicas da LVM afetam a mobilidade, sensibilidade e força das diferentes partes do corpo, o controlo esfinteriano, a função sexual, úlceras e dor, entre outros (Crewe & Krause, 2002). As sequelas secundárias, como as úlceras, podem eventualmente conduzir a uma incapacidade secundária e acrescentar limitações à funcionalidade da pessoa, sendo que quanto mais acima o local da lesão na espinal medula, maior o risco de desenvolver condições médicas secundárias (Falvo, 2005). Tendo em conta os vários domínios de vida afetados pela LVM pode-se dizer que este é um acontecimento disruptivo de vida que implica da parte do sujeito uma readaptação às diferentes áreas de funcionamento.

Em termos anatómicos, a espinal medula é o prolongamento do tronco cerebral, encontra-se protegida pela coluna vertebral e é responsável por receber e processar informação vinda das diferentes partes do corpo, controlar movimentos através dos neurónios motores e pelas atividades reflexas. A espinal medula está subdividida em cinco regiões: coccígea, sacral, lombar, dorsal e cervical (Portellano, 2005), consoante a região afetada, diferentes partes do corpo perdem a função.

A LVM pode ser classificada segundo vários critérios: quanto à etiologia (traumática vs não traumática), à extensão (completa vs incompleta), à função (paraplegia vs tetraplegia) e ao nível neurológico da lesão. Usualmente é utilizada a escala ASIA da American Spinal Injury Association (ver Anexo 1) para classificar o tipo de lesão. Para complementar esta classificação é usual avaliar qual o impacto que a lesão tem nas atividades de vida diária (AVD) do sujeito através da Medida de Independência Funcional (MIF) de Laíns (1991), uma versão da *Functional Independence Measure* (Granger et al., 1986) validada para a população portuguesa.

Como referido anteriormente, a LVM não envolve apenas sequelas físicas, acarreta igualmente consequências psicossociais, às quais é necessário que o indivíduo se adapte de

modo a que possa manter ou recuperar um bem-estar e qualidade de vida (QdV) satisfatórios.

Adaptação psicossocial em indivíduos lesionados medulares

A adaptação psicológica e social é um processo individual, existindo múltiplos fatores que a facilitam ou dificultam. No caso concreto da LVM, esta pode ser definida como a resposta adaptativa do sujeito à lesão, alterando o comportamento, pensamento e circunstâncias em relação aos fatores associados à lesão e incapacidade, para obter uma QdV satisfatória (Middleton & Craig, 2008). A adaptação tende a ser dificultada pelo elevado grau de dependência de indivíduos com LVM em relação a terceiros, que contrasta com o completo domínio das capacidades mentais que a maioria destes sujeitos demonstra ter (Oliveira, 2007).

Atualmente, e ao contrário do que acontecia há algumas décadas, a literatura tem-se debruçado mais sobre os aspetos positivos da adaptação psicossocial do que sobre os negativos, também devido ao desenvolvimento da Psicologia Positiva, e a psicopatologia deixou de ser considerada normativa (Ferreira & Guerra, 2014). Aliás, hoje considera-se que é possível a pessoa sair fortalecida de um trauma como a LVM, com uma melhor auto-confiança, maior facilidade em relacionar-se com os outros e uma vida com um melhor significado (Calhoun & Tedeschi, 2001). Os dados indicam que alguns sujeitos com LVM surpreendem-se pelo facto de se adaptarem tão bem às transformações físicas e serem felizes (Dunn, Elliott, & Uswatte, 2009), no entanto existe também uma porção da população LVM que apresenta sintomatologia depressiva, ansiosa ou que desenvolvem Perturbação de Stress Pós-Traumático (Ferreira & Guerra, 2014).

Pessoas com LVM mostram maior vulnerabilidade ao stress, depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático, abuso de substâncias e suicídio do que a população em geral, demonstrando uma maior prevalência destas dificuldades e perturbações referidas (Beedie & Kennedy, 2002; Craig, Tran & Middleton, 2009; DeGraff & Schaffer, 2008; DeVivo, Black, Richards & Stover, 1991; Kennedy & Rogers, 2000; North, 1999). Esta maior prevalência pode conduzir a uma diminuição da saúde e bem-estar e à precipitação de problemas de saúde secundários (Cardenas & Hooton, 2003; Gerhart, Weitzebkamp, Kennedy, Glass & Charlifue, 1999; Kirshblum, Campagnolo, & DeLisa, 2002; Lin, 2003; Thoits, 2010).

O locus de controlo interno, as estratégias utilizadas para lidar com a situação – *coping*, os traços de personalidade, suporte social, atribuição da responsabilidade, sentido de coerência, auto-eficácia e o sentido na vida são igualmente variáveis que influenciam o modo como se lida com a LVM.

No caso do locus de controlo interno (Boschen, 1996; Krause, Stanwick & Maides, 1998; van Leeuwen, Kraaijeveld & Post, 2012), do sentido de coerência (Lustig, 2005; van Leeuwen et al., 2012) e do sentido na vida (Thompson, Coker, Krause & Henry, 2003), quanto maiores estes forem, melhor será a adaptação psicossocial da pessoa.

No caso da auto atribuição da responsabilidade, existe uma associação com uma menor satisfação com a vida, no primeiro ano após a lesão (Richards, Elliot, Shewuck & Fine, 1997; van Leeuwen et al., 2012).

Já o suporte social não influencia o ajustamento em termos de quantidade mas sim de qualidade; mais qualidade significa melhor adaptação (Elliot, Herrick, Witty, Godshall & Spruell, 1992).

A utilização de estratégias de *coping* adequadas, como a procura de apoio social, a reavaliação positiva e resolução de problemas, está associada a um melhor ajustamento (Chan, Lee & LiehMak, 2000; Chevalier, Kennedy & Sherlock, 2009; Livneh & Wilson, 2003; van Leeuwen et al., 2012).

Determinados traços de personalidade também revelaram uma associação com a adaptação psicossocial, como é o caso da extroversão, que contribui para um melhor ajustamento, enquanto que o neuroticismo está associado a uma menor adaptação (Krause, 1997; van Leeuwen et al., 2012).

A variável mais comumente utilizada para avaliar a adaptação à LVM é a Qualidade de Vida por ser um critério relativamente universal e objetivo. A QdV é a perceção do sujeito da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A QdV é afetada pela saúde física e psicológica da pessoa, o seu nível de independência, relações sociais, crenças e relação com o ambiente (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004).

Esta tem vindo a ser investigada nas últimas décadas na população LVM e concluiu-se que é mais baixa do que a QdV na população geral (Dijkers, 1997). Apesar de tudo, a QdV dos sujeitos LVM pode permanecer satisfatória apesar das limitações sociais e

nas AVD (atividades de vida diária) (Albrecht & Devlieger, 1999). Martins e Ribeiro (2010) obtiveram resultados que confirmam este paradoxo, sendo que os sujeitos relataram uma QdV superior à da população geral.

A QdV pode ser afetada de forma negativa por um papel familiar inexistente, ausência de ocupação profissional/educacional, dificuldades de mobilidade, integração social e suporte social pobres (Dijkers, 1997) assim como um pobre sentido de vida, valores pouco claros e baixa espiritualidade (Albrecht & Devlieger, 1999).

Segundo o estudo de Ferreira e Guerra (2014), o suporte social e a felicidade são também fatores preditores da adaptação em sujeitos LVM, avaliado através da QdV.

Outra variável utilizada para avaliar a adaptação psicossocial é o bem-estar subjetivo, um conceito multidimensional definido como a reação de avaliação da vida pelo sujeito e que engloba aspectos cognitivos (satisfação geral com a vida) e afetivos (emoções positivas e negativas) (Boswell, Dawson, & Heininger, 1998; Fuhrer, 1996; Krause, 1998).

O crescimento pós traumático também está relacionado com uma adaptação psicossocial positiva à LVM e pode ser definido como as mudanças positivas que ocorrem após o evento traumático (Bellizzi & Blank, 2006; Tedeschi, Park & Calhoun, 1999). Segundo a literatura, o crescimento pós-traumático está associado a diferentes variáveis, como o estar envolvido em atividades que permitem fortalecer relações interpessoais, mostrar os seus pontos fortes e experienciar emoções positivas que possam contribuir para uma sensação de sucesso e a descoberta de significado subjetivo na vida (Chun & Lee, 2008). As conclusões de Kalpakjian et al. (2014) apontam para que ser mulher, jovem, ter menos habilitações literárias e um menor tempo desde a ocorrência da lesão estão associados a um menor crescimento após a lesão. Assim, o crescimento pós-traumático pode ser uma forma de avaliar a adaptação psicossocial positiva.

Sendo a LVM um acontecimento grave e irreversível, muitas vezes implica um processo de reabilitação, que continua depois ao longo da vida, cujo objetivo não é a cura mas a readaptação psicossocial (Pedro, 2011). Consolidar os recursos psicológicos do sujeito e melhorar a sua QdV são pontos essenciais desse processo (Flückiger, Wüsten, Zinbarg, & Wampold, 2010; Hammell, 2004).

O sentido na vida e a lesão medular

O sentido ou significado na vida é o grau em que a pessoa encontra sentido para a sua vida (Frankl, 1959 citado por Peter, 2013). Ter um propósito na vida fornece à pessoa uma razão por que viver e pode contribuir para ultrapassar situações difíceis.

Na opinião de alguns autores, o essencial é viver com um propósito que esteja em concordância com as crenças e valores do sujeito e não apenas encontrar uma razão para a lesão ter acontecido; se os objetivos de vida estão de acordo com as crenças da pessoa, o sentido na vida pode ajudar na adaptação pós-LVM, mediando a perda dos recursos físicos e contribuindo para o bem-estar psicológico (deRoos-Cassini, de St Aubin, Valvano, Hastings & Horn, 2009; Thompson et al., 2003).

Uma das vantagens do sentido de vida é que, ao contrário de outras variáveis, esta pode ser manipulada de modo a influenciar positivamente o ajustamento (Ferreira & Guerra, 2014).

Apesar de poucos estudos investigarem esta variável, principalmente na população LVM, a maioria daqueles que o fizeram, investigaram a sua associação com outras variáveis e com os resultados da reabilitação. Num estudo longitudinal realizado por Krause (1991 citado por Oliveira, 2010) com indivíduos LVM, a sobrevivência após uma década estava diretamente relacionada com níveis de atividade elevados e o estar ativo laboralmente. A vida profissional e a realização de atividades de lazer podem ajudar a atribuir um significado e um propósito à vida da pessoa, principalmente após a lesão.

Apesar da literatura existente nesta área ser limitada, resultados obtidos pelos estudos comprovam a importância do sentido na vida na adaptação pós-LVM. Num estudo realizado por Amaral (2009), em sujeitos LVM, foi bastante mencionado o papel e a importância do sentido na vida pelos participantes, sendo que a adaptação à lesão foi influenciada pela maneira como as pessoas organizaram os recursos na sua vida para reencontrar um sentido. No estudo de Peter (2013), o sentido na vida foi o preditor mais forte de uma boa saúde mental e elevada QdV, o que está de acordo com outros estudos que relacionam de forma positiva o sentido na vida com o bem-estar (deRoos-Cassini et al., 2009; Mona et al., 2000) e uma melhor adaptação na população LVM (Thompson et al., 2003).

Outros estudos indicam que o sentido na vida está associado de forma positiva com a felicidade e negativa com a depressão (Ferreira & Guerra, 2014) e ideação suicida

(Lapierre, Dube, Bouffard & Alain, 2007; Wang, Lightsey, Pietruszka, Uruk & Wells, 2007) embora a relação causal com a depressão não seja ainda clara e aponte para a existência de uma influência recíproca. Alguns autores consideram que um fraco sentido na vida, e também uma fraca auto-eficácia, podem ser consequências da depressão e não causas (Hedberg, Brulin, Alex, & Gustafson, 2011). No entanto, estes resultados foram obtidos numa amostra com sujeitos idosos e não na população LVM.

A investigação até ao momento presente, encontrou associações entre o sentido na vida e várias variáveis. Juntamente com a espiritualidade, o sentido na vida está significativamente relacionado com o bem-estar e a saúde mental mas a evidência é fraca e assenta em estudos de caso único. Outros estudos reportam que um elevado nível de significado na vida está associado com maior satisfação na vida, bem-estar e QdV (deRoos-Cassini et al., 2009; Kennedy, Evans & Sandhu, 2009; Mona et al., 2000; Park, Edmonson, Fenster & Blank, 2008; White, Driver & Warren, 2010), melhor saúde mental (White et al., 2010) e adaptação (Chevalier et al., 2009; Thompson et al., 2003). A única variável sócio-demográfica com que o sentido na vida aparenta estar relacionado é o género, sendo este maior no sexo masculino (Krause, Broderick & Broyle, 2004). Thompson et al. (2003) encontrou no seu estudo correlações significativas, embora baixas, entre o sentido na vida e locus de controlo da saúde e características da personalidade.

Num contexto de reabilitação física, os objetivos de vida desempenham um papel importante na adesão ao tratamento. A incapacidade, tanto física como cognitiva, interfere nos objetivos de vida e na forma de os alcançar, provocando angústia emocional. Melhores resultados são obtidos quando o programa de reabilitação está em concordância com os objetivos de vida do sujeito (Nair, 2003), daí a importância de os ter em consideração no planeamento da intervenção.

Estudos relatam que uma menor orientação para os objetivos teoricamente conduzirá a dificuldade em gerar significado na vida, afetando negativamente a saúde mental (Kennedy et al., 2009). Segundo Blazek, Kazmierczak e Besta (2014) o sentido na vida também está associado com melhores estratégias em lidar com situações difíceis, protegendo de sintomas depressivos e tentativas de suicídio, contribuindo para uma melhor saúde mental.

Tendo em conta a influência do sentido na vida na adaptação psicossocial, foram desenvolvidas intervenções terapêuticas baseadas em estratégias de *coping* que se focam

na geração de significado e, embora as amostras não englobassem sujeitos LVM, foram obtidos resultados benéficos na auto-eficácia, optimismo e auto-estima (Lee, Cohen, Edgar, Laizner & Gagnon, 2006).

A auto-eficácia e a lesão medular

A auto-eficácia pode ser descrita como o grau em que a pessoa acredita que vai ser capaz de realizar com sucesso determinada tarefa e obter um determinado resultado (Bandura, 1977). Este não é um conceito homogéneo na medida em que existem vários tipos de auto-eficácia, como a geral, a social, relacionada com a saúde ou académica.

Existe uma relação entre a auto-eficácia e a satisfação com a vida, sendo que uma auto-eficácia fortalecida pode incrementar o bem-estar, ajudando o sujeito a encarar tarefas difíceis como desafios e a manter o compromisso e a persistência para atingir os seus objetivos (Bandura, 1994; Fuhrer, Rintala, Hart, Clearnan & Young, 1992; Hampton, 2000, 2004, 2008; Hampton & Marshall, 2000). No entanto, na população LVM, os níveis de satisfação são menores que na população geral.

Uma maior auto-eficácia está também associada a menores níveis de ansiedade e depressão (Kennedy, Taylor & Hindson, 2006; Pang et al., 2009; Perry, Nicholas, & Middleton, 2009; Perry, Nicholas, Middleton, & Siddall, 2009; Shnek et al., 1997; Spungen, Libin, Ljungberg, & Groah, 2009), a maiores níveis de participação (Geyh et al., 2012) e a uma melhor saúde mental (Hanley, Raichle, Jense & Cardenas, 2008; Molton et al., 2009). Um maior nível de auto-eficácia está também associado com maior tempo decorrido desde a lesão, maior qualidade do suporte social e menor interferência de dor (Pang et al., 2009).

Segundo Peter, Müller, Cieza & Geyh (2012) e Spungen et al. (2009), a auto-eficácia não está associada diretamente a quaisquer variáveis demográficas ou relacionadas com a lesão. Num estudo longitudinal, Mortenson, Noreau & Miller (2010) concluíram que a auto-eficácia predizia a QdV após a lesão, o que pode significar que fortalecendo a auto-eficácia se pode melhorar a QdV. No entanto, na investigação realizada por Peter (2013) a auto-eficácia influenciou moderadamente a participação e a sintomatologia depressiva mas ao contrário do esperado, não afetou a QdV.

Foram desenvolvidas várias intervenções terapêuticas focadas na auto-eficácia para outras populações, mas deve reconhecer-se a importância do sujeito confiar nas suas

capacidades e a influência que pode ter na reabilitação e adesão a esta em indivíduos LVM. O reforço de recursos pessoais como a auto-eficácia pode contribuir para melhorar os comportamentos relativos à saúde (Schwarzer, 2008).

Atualmente, persiste uma lacuna na literatura sobre auto-eficácia acerca das suas variações ao longo do tempo, quais as direções das associações ou os mecanismos causais nelas envolvidos.

Relação entre sentido na vida e auto-eficácia

O sentido na vida e a auto-eficácia são recursos psicológicos que a investigação provou serem benéficos em várias situações (Hobfoll, 2002) citado por Peter, 2013). Prova disso mesmo, é que quanto mais elevados forem os níveis de sentido na vida e auto-eficácia, melhor a saúde mental e maiores os níveis de QdV e participação do sujeito (Peter, 2013).

Estudos longitudinais indicam que o sentido na vida e a auto-eficácia, entre outras variáveis, podem influenciar a adaptação a longo prazo (Peter et al., 2012). No estudo conduzido por Peter et al. (2014), os sujeitos com sentido na vida e auto-eficácia mais elevados relataram maior satisfação com a vida, tendo sido o sentido na vida o preditor mais forte da satisfação enquanto que a auto-eficácia teve um efeito indireto, permitindo concluir que o sentido na vida e a auto-eficácia são um alvo adequado de intervenção para apoiar pessoas com LVM.

Numa amostra de estudantes universitários concluiu-se que quando o nível de auto-eficácia é elevado para uma determinada tarefa, o sujeito tem maior probabilidade de confrontar, realizar melhor e persistir nesse comportamento e vice-versa (DeWitz, 2004). Através do mesmo estudo foi também possível concluir que as crenças de auto-eficácia estavam associadas positiva e significativamente ao sentido na vida e que a auto-eficácia geral era a principal responsável pela variância no sentido de vida quando comparada com a auto-eficácia social e educacional.

Existe uma maior probabilidade da superação de um desafio, facilitada por um maior nível de auto-eficácia, produzir uma maior sensação de significado, pelo contrário o fracasso provavelmente não conduzirá a um aumento do sentido da vida do sujeito, podendo mesmo ter o efeito oposto (Lantz, 1993).

Segundo estudos anteriores (Peter, 2013, 2014), o sentido na vida e a auto-eficácia são duas variáveis que promovem um bom ajustamento pós-LVM e é possível incorporá-las em intervenções psicológicas de modo a facilitar a adaptação dos sujeitos após a lesão.

Em Portugal, que seja do nosso conhecimento, não existem estudos que investiguem a relevância do sentido na vida e da auto-eficácia, em conjunto, na população LVM, pelo que este estudo é pioneiro. Assim, a presente investigação pretende estudar numa amostra de sujeitos com LVM, em regime de internamento: (1) a relação entre o sentido na vida e a auto-eficácia e a possível relação de ambos com as variáveis sociodemográficas e relacionadas com a lesão; (2) verificar se o sentido na vida e a auto-eficácia influenciam a adaptação psicossocial.

Método

Participantes

Este estudo envolveu uma amostra clínica de conveniência constituída por 39 utentes em regime de internamento no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP), com diagnóstico de lesão vertebro-medular. Foram excluídas as pessoas com menos de 18 anos ou com alterações cognitivas e/ou intercorrências médicas que enviesassem as capacidades de compreensão e resposta aos instrumentos. Os dados foram recolhidos entre Junho e Agosto de 2015.

Quanto à amostra, 35 participantes são do sexo masculino (89,7%) e 4 são do sexo feminino (10,3%). As idades dos participantes situam-se entre os 18 e os 79 anos, com uma média de 48,9 (DP=16,4). 30 participantes (76,9%) referiram, atualmente, ter companheiro enquanto 9 (23,1%) indicaram não ter. Relativamente às habilitações literárias, 1 participante (2,6%) não tem qualquer instrução académica, 8 indivíduos (20,5%) completaram o 4.º ano, 9 (23,1%) terminaram o 6.º ano, 13 (33,3%) completaram o 9.º ano, 4 (10,3%) completaram o 12.º ano e 4 (10,3%) frequentaram o ensino superior. Previamente ao internamento, 20 participantes (51,3%) encontravam-se a exercer uma atividade profissional. 16 sujeitos (41%) já recorreram a um psicólogo, 8 (20,5%) por motivos relacionados com a lesão, sendo que 4 (10,3%) estão a ser acompanhados neste momento. Os familiares em 1º grau de 4 participantes (10,3%) já recorreram a um psicólogo.

Em relação ao internamento, 22 (56,4%) participantes passaram pelo menos um fim de semana no domicílio. 18 (46,2%) participantes tinham a lesão há menos de 1 ano, 6 (15,4%) adquiriram a lesão há mais de 1 ano mas menos de 2, 5 (12,8%) estavam lesionados entre 2 a 5 anos e 10 (25,6%) estavam lesionados há mais de 5 anos. No momento da entrevista 5 (12,8%) estavam internados há menos de 1 semana, 3 (7,7%) tinham um tempo de internamento entre 1 e 2 semanas, 8 (20,5%) estavam internados há mais de 2 semanas mas menos de 1 mês, 13 (33,3%) tinham um tempo de internamento superior a 1 mês mas inferior a 3 meses, 5 (12,8%) encontravam-se no Centro há mais de 3 mas menos de 6 meses e 5 (12,8%) estavam internados há mais de meio ano. A MIF média do grupo situava-se nos 84,9 (DP=19,87) num máximo de 126.

Na tabela 1 estão caracterizados os participantes quanto ao tipo de lesão LVM.

Tabela 1 *Caracterização das LVM dos participantes.*

Quadro clínico		Causa da lesão		Classificação ASIA			
Paraplegia	Tetraplegia	Traumática	Não traumática	A	B	C	D
30	9	26	13	8	5	12	12
76,9%	23,1%	66,7%	33,3%	20,5%	12,8%	30,8%	30,8%

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico: é um questionário construído especificamente para este estudo e tendo em vista os seus objetivos. As suas questões abordam informações sobre variáveis sociodemográficas como género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, e também variáveis clínicas, como a história psiquiátrica do participante e dos seus familiares em 1º grau. O questionário aborda igualmente questões acerca da lesão como a sua causa, idade do sujeito aquando da lesão, quadro clínico e a funcionalidade/independência do participante no início do internamento que será acedida através da Medida de Independência Funcional (Laíns, 1991) presente nas informações contidas nas fichas clínicas de cada utente. A MIF engloba 7 subescalas: autocuidados, controlo de esfíncteres, transferências/mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Contém 18 itens com respostas em escala de Likert de 1

“completamente dependente” a 7 “completamente independente” e quanto maior a pontuação, maior a independência do sujeito (Laíns, 1991).

Teste dos objetivos de vida (PIL): ou *Purpose in Life Test* foi desenvolvido por Crumbaugh & Maholick (1969) e revisto por Harlow, Newcomb e Bentler, está traduzido e validado para a população portuguesa por Peralta and Silva (2003) e avalia o grau em que os indivíduos se esforçam para gerar significado das experiências conscientes da sua vida e o grau em que esse significado faz com que estes sintam que a sua vida é importante e vale a pena ser vivida. Este questionário é composto por 3 partes: parte A, a única cotada objetivamente e a única utilizada no presente estudo; parte B, que implica completar 13 frases sobre o sentido na vida; na parte C é pedido à pessoa que escreva um parágrafo sobre as suas aspirações. A parte A é um questionário de auto relato com 20 itens, cujas respostas estão organizadas numa escala de Likert de 1 a 7, em que 1 corresponde a “discordo fortemente” e 7 corresponde a “concordo fortemente”. A pontuação total corresponde à soma da pontuação de todos os itens, sendo que existem itens cotados de forma inversa, e varia entre 20 e 140 pontos (Henriques, 2008). Pontuação de 113 e acima indica elevados objetivos de vida, pontuação de 91 e abaixo indica reduzidos objetivos de vida. Este instrumento tem um α moderado de 0.66 para a população portuguesa e bons valores de fidelidade teste-reteste e validade de constructo (Peralta & Silva, 2003). Este questionário engloba duas dimensões: a vivencial cujos itens avaliam a forma como o sujeito avalia as vivências e quais as relações que estabelece entre elas e a sua vida; e a existencial com itens que avaliam a consciência do sujeito acerca do sentido da existência do ser humano (Peralta & Silva, 2003). No presente estudo, foi obtido um α de 0.71.

Escala de Auto-Eficácia Geral (EAE): validada por Pais-Ribeiro (1995) para a população portuguesa, deriva da *General Self Efficacy Scale* de Sherer et al. (1982). Avalia o juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são capazes de organizar e realizar atividades, em situações desconhecidas que podem envolver elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress. A versão portuguesa é composta por 15 itens organizados em 3 factores: iniciação e persistência, eficácia perante a adversidade e eficácia social. A resposta processa-se através de uma escala de Likert de 7 pontos, onde A corresponde a “discordo fortemente” e G a “concordo fortemente”. A pontuação varia entre 15 e 105 sendo que quanto mais elevada a pontuação, maior a percepção de auto-eficácia. Segundo o estudo de validação de Pais-Ribeiro (1995), esta escala possui

adequadas características psicométricas que permitem a sua utilização como instrumento de avaliação da auto-eficácia, incluindo um α geral de .84 validade de construto e de critério. Foi obtido um α de 0.71 neste estudo para a escala total e α de .77 para a subescala de Iniciação e Persistência, α de .70 para a subescala de Eficácia Perante a Persistência e α de .75 para a subescala de Eficácia Social.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH): versão traduzida e validada para Portugal por Pais-Ribeiro et al. (2007), baseada na *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) de Zigmond e Snaith (1983). É um instrumento de auto relato composto por 2 subescalas (ansiedade e depressão) cada uma com 7 itens, cujas respostas são pontuadas de 0 a 3. A pontuação para cada subescala varia entre 0 e 21 sendo que quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de depressão e/ou ansiedade. Apresenta boas características psicométricas como indicado pelo α de 0.76 para a subescala de ansiedade e de 0.81 para a subescala de depressão confirmando que é um instrumento válido e fiável para avaliar a depressão e ansiedade em contextos clínicos (Pais-Ribeiro et al., 2007). Neste estudo, a escala de ansiedade revelou um α de 0.76 e a escala de depressão revelou um α de 0.75.

Escala de Adesão Terapêutica (EAT): desenvolvida por Costa (2012) no âmbito da sua dissertação de mestrado, contém 9 itens que medem 3 dimensões: frequentar as sessões, empenho na reabilitação e aliança terapêutica. A resposta aos itens processa-se através de uma escala de Likert de 1 “discordo totalmente” a 5 “concordo totalmente”, sendo que a pontuação varia entre 9 e 45 pontos e quanto maior esta for, maior a adesão terapêutica. Este questionário apresentou um α satisfatório de 0.73 num estudo exploratório (Costa, 2012). No presente estudo, apresentou um α de 0.70 para a escala completa e α de .75 para a subescala Frequência, .71 para a subescala Empenho e .81 para a subescala Aliança Terapêutica.

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL): Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde e validado e traduzido para Portugal por Vaz Serra et al. (2006). Este questionário de auto relato é composto por 26 itens com respostas organizadas numa escala de Likert de 1 a 5, em que 1 corresponde a “nada” e 5 a “completamente”. Quanto mais elevada a pontuação, maior a QdV da pessoa. Este questionário avalia 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e inclui 2 itens que avaliam a QdV geral. A pontuação é apresentada sob a forma de percentagem.

Apresenta boas propriedades psicométricas para a população portuguesa incluindo um α de 0.92 e boa validade de constructo, validade teste-reteste e validade discriminante (Vaz Serra et al., 2006). No presente estudo, o instrumento apresentou um α de .73 para a escala total, e α de .21 para o domínio Geral, .42 para o domínio Físico, .39 para o domínio Psicológico, .26 para o domínio Relações Sociais e .45 para o domínio Ambiental.

Inventário de Crescimento Pós-Traumático (ICP): validada e traduzida para a população portuguesa por Resende, Sendas e Maia (2008), baseada no *Posttraumatic Growth Inventory* de Tedeschi e Calhoun (1996). Este instrumento pretende avaliar as mudanças psicológicas relatadas pelos sujeitos após a experiência de um evento adverso através de 21 itens respondidos numa escala de Likert de 0 “Não mudei” a 5 “Mudei muito acentuadamente”. A pontuação varia entre 0 e 147 sendo que quanto mais elevada, maior o crescimento pós-traumático. A versão portuguesa da escala obteve boas características psicométricas, com um α de 0.95 para a escala total e valores teste-reteste de 0.777 (Resende et al., 2008). A versão portuguesa inclui 3 factores: maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais, mudança na percepção do *self* e vida em geral e mudança espiritual (Resende et al., 2008). Foi obtido um α de 0.75 para toda a escala neste estudo e α de .76 para a subescala Abertura a Possibilidades e Envolvimento nas Relações, .77 para a subescala Percepção do Self e da Vida, .85 para a subescala Espiritualidade.

Procedimento

Inicialmente foi enviado um projeto inicial deste estudo ao Presidente do Conselho de Administração do CMRRC-RP para aprovação do mesmo. Posteriormente, o projeto foi enviado e aprovado pela comissão de ética do mesmo Centro.

Após a aprovação do Presidente do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do CMRRC-RP, a primeira etapa foi recolher a informação acerca dos sujeitos internados no Centro de modo a verificar quais os utentes que preenchem os critérios de inclusão para o presente estudo. Para isso, foi necessário ter acesso às informações das fichas clínicas dos utentes. Simultaneamente foi solicitada autorização, através de e-mail, aos autores dos instrumentos utilizados ao longo nesta investigação.

Os valores das MIF e informações médicas relacionadas com as lesões foram obtidos através dos processos clínicos após o consentimento dos participantes. Foi-lhes

garantido que a informação revelada seria anónima e confidencial. As entrevistas com os sujeitos foram realizadas numa sala do supracitado Centro para garantir a sua privacidade ou no quarto do utente, caso a sua condição médica não permitisse a sua deslocação. Aos participantes foi dada a possibilidade de desistir em qualquer momento da entrevista e de esclarecer quaisquer dúvidas no decorrer da mesma.

Análise de Dados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences 20.0*). Primeiramente foi realizada uma análise descritiva da amostra. Em seguida, foi testada a normalidade dos dados. Visto que os resultados da análise revelaram uma distribuição normal, optou-se pela realização de estatística paramétrica e foram realizadas correlações de Pearson e análises de regressão múltipla.

Resultados

Caracterização da amostra em relação às variáveis: sentido na vida, auto-eficácia, saúde mental, adesão terapêutica, QdV e crescimento pós-traumático

Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva de todas as escalas e subescalas dos instrumentos utilizados, de modo a caracterizar as variáveis avaliadas. Nas tabelas 2 e 3 encontram-se os resultados obtidos.

Os resultados revelaram valores médios para o sentido na vida (Crumbaugh e Maholick, 1964) e para a auto-eficácia. Tendo em conta a situação frágil em que se encontram, os sujeitos apresentaram bons níveis de sentido na vida e auto-eficácia. Quanto à EAE, a subescala da Eficácia Perante a Adversidade apresentou valores elevados enquanto que as subescalas da Iniciação e Persistência e Eficácia Social apresentaram valores médios.

As subescalas de Ansiedade e Depressão da EADH apresentaram valores baixos, indicando que, em geral, os participantes não apresentaram sintomatologia ansiosa e/ou depressiva significativas. Foram encontrados valores elevados na adesão terapêutica, próximos da pontuação máxima, mostrando que a maioria dos sujeitos aderiu bem ao tratamento e estava satisfeito com o internamento. A amostra deste estudo obteve valores mais elevados de adesão comparativamente com a amostra do estudo de validação do instrumento, realizado no mesmo local e com uma amostra semelhante. A subescala

Frequência evidenciou os valores mais baixos porque, segundo os participantes, esse é um domínio que não depende deles mas sim das rotinas do Centro de Reabilitação. Em relação à QdV, o domínio Psicológico revelou ter os valores mais elevados, sendo que, no geral, a QdV apresentou valores médio-altos. A amostra do presente estudo obteve valores significativamente mais elevados do que a população geral nos domínios Psicológico e Ambiental, o que poderá dever-se ao acompanhamento por parte de psicólogos no centro, quando necessário, e das instalações estarem adaptadas às dificuldades dos utentes. Quanto ao crescimento pós-traumático, verificaram-se valores médio-baixos. Estes valores podem ser explicados pelo facto de grande parte dos participantes ter adquirido a lesão há menos de 1 ano e, portanto, terem tido pouco tempo e reduzida oportunidade de encontrar benefícios na situação. Ainda assim, a amostra revelou pontuações significativamente mais elevadas de crescimento pós-traumático do que a população do estudo de validação para Portugal.

Tabela 2. *Valores obtidos pela amostra de utentes com LVM em regime de internamento no PIL-R e EAE.*

	Amostra LVM
	Média (DP)
PIL-R	109,33 (16,72)
EAE	84,82 (12,00)
Iniciação e persistência	31,69 (8,02)
Eficácia Perante a Adversidade	32,10 (3,58)
Eficácia Social	21,03 (5,25)

Tabela 3. Valores obtidos pela amostra de utentes com LVM em regime de internamento nas escalas utilizadas para avaliar a adaptação psicossocial e obtidos pelas amostras portuguesas nos estudos de validação das mesmas.

	Amostra LVM	Amostra dos estudos de validação	
	Média (DP)	Média (DP)	Teste t para amostras independentes
EADH Ansiedade	3,18 (3,62)	7,81	-7,99**
EADH Depressão	2,69 (3,02)	3,22	-1,09
EAT	43,08 (2,18)	39,88 (4,06)	9,15**
Frequência	13,87 (1,26)	13,05 (2,09)	4,07**
Empenho	14,62 (0,71)	13,71 (1,47)	7,95**
Aliança Terapêutica	14,59 (1,04)	13,12 (2,28)	8,79**
WHOQOL-BREF	72,25% (13,22%)	———	———
Geral	58,01% (21,59%)	71,5% (13,3%)	-3,91**
Físico	73,44% (12,82%)	77,49% (12,27%)	-1,97
Psicológico	81,94% (16,12%)	72,38% (13,5%)	3,71**
Relações Sociais	72,44% (18,84%)	70,42% (14,54%)	0,67
Ambiental	75,4% (14,18%)	64,89% (12,24%)	4,63**
ICP	59,03 (24,9)	41,93 (26,43)	4,29**
Abertura a possibilidades e envolvimento nas relações	31,46 (13,65)	23,05 (16,08)	3,86**
Perceção do self e vida	21,26 (9,47)	16,19 (9,74)	3,33**
Espiritual	4,38 (3,45)	2,71 (2,82)	0,01

* p<.05 **p<.01

Relação entre sentido na vida e auto-eficácia e relação destas variáveis com a saúde mental, adesão terapêutica, QdV e crescimento pós-traumático

Para verificar a existência de uma possível relação entre o sentido na vida e a auto-eficácia e quais as relações que estas variáveis mantêm com as variáveis socio-demográficas e relacionadas com a lesão, foram realizadas correlações de Pearson.

Na tabela 4 são apresentados os resultados das correlações entre o PIL e a escala e subescalas da EAE. Os resultados indicam uma relação positiva forte entre o sentido na vida e a auto-eficácia, revelando que um elevado sentido na vida está associado a uma elevada auto-eficácia e vice-versa. O construto com uma associação mais forte ao sentido na vida foi a Iniciação e Persistência, enquanto que a Eficácia Social não revelou estar significativamente associado ao sentido na vida.

Tabela 4. *Relação entre escala do sentido na vida (PIL) e escala e subescalas de auto-eficácia (EAE).*

	Iniciação e Persistência	Eficácia perante a adversidade	Eficácia Social	Auto-eficácia
Sentido na Vida	,747**	,397*	,060	,643**

*p≤.05 **p≤.01

Relativamente às variáveis sociodemográficas e relacionados com a lesão, a variável género está associada de forma negativa ao sentido na vida, sendo que os homens revelaram valores mais elevados, embora as diferenças não sejam significativas entre homens e mulheres (U= 36; z= -1,575; p= .115).

Foi encontrada uma associação entre a variável quadro clínico e o sentido na vida. Através do teste-T para amostras independentes, foram comparados os participantes paraplégicos com os tetraplégicos, tendo-se verificado que aqueles com paraplegia evidenciam valores mais elevados de sentido na vida (U= 75; z= -2,001; p= .045).

Em relação à auto-eficácia, comparando os participantes que estavam ativos profissionalmente com aqueles que estavam inativos (U=123; z=1,885; p=.059), não se verificou uma diferença significativa entre os grupos.

Por fim, a auto-eficácia revelou estar associada com os fins de semana passados no domicílio. As diferenças entre grupos foram significativas apenas ao nível da subescala Eficácia Social (U=103,5; z=-2,371; p= .018). Comparando os participantes que passaram pelo menos um fim de semana em casa com aqueles que nunca foram ao domicílio durante o internamento (U=99; z= -2,495; p=.013), os primeiros revelaram valores maiores de

auto-eficácia, mostrando que os fins de semana no domicílio promovem a sensação de auto-eficácia.

Quanto à possível influência do sentido na vida e auto-eficácia na adaptação psicossocial após LVM, através da tabela 5 podemos ver que a escala do sentido na vida estava associada negativamente com as escalas de Ansiedade e Depressão da EADH, indicando que a saúde mental, especificamente sintomatologia depressiva e ansiosa, está associada ao sentido na vida. As subescalas Frequência e Empenho da EAT correlacionaram-se positivamente e de forma significativa com o sentido na vida, sendo que este revelou uma correlação positiva significativa com a adesão terapêutica em geral. Foram encontradas correlações positivas entre a escala de sentido na vida e 4 dos 5 domínios do WHOQOL: domínios Psicológico, Geral, Ambiental e Físico, sugerindo que uma boa QdV fomenta o sentido na vida. Apenas o domínio Relações não influenciou significativamente o sentido na vida. Já o domínio Psicológico foi o que estabeleceu uma relação mais forte com o sentido na vida. Foram igualmente encontradas correlações positivas entre a escala de sentido na vida e o crescimento pós traumático, sendo que o sentido na vida está associado significativamente com a subescala Abertura a Possibilidades e Envolvimento nas Relações e a subescala Percepção do Self e da Vida, indicando que as oportunidades que surgiram após a lesão, um bom suporte social e a percepção de boas características pessoais e recursos são os fatores que mais contribuem para um elevado sentido na vida.

Em relação à variável auto-eficácia, esta revelou correlações negativas com as escalas de Depressão e Ansiedade da EADH, sugerindo que uma menor saúde mental, afeta negativamente a auto-eficácia. Todos os domínios da QdV, correlacionaram-se de forma positiva com a auto-eficácia, verificando-se que as condições psíquicas são aquelas que mais se correlacionam com a auto-eficácia. As condições físicas do sujeito, influenciaram igualmente a auto-eficácia mas não tão fortemente como as psicológicas. Por fim, foi encontrada uma correlação positiva entre a auto-eficácia e o crescimento pós-traumático, sendo que apenas se verificou uma correlação significativa com a subescala Abertura a Possibilidades e Envolvimento nas Relações indicando que estes são os fatores que mais contribuem para experienciar uma sensação de auto-eficácia. Na tabela 6 são apresentadas especificamente as correlações das subescalas da EAE com as variáveis

utilizadas para avaliar a adaptação psicossocial. A subescala que mais se correlacionou com a adaptação psicossocial foi a Iniciação e Persistência.

Tabela 5. *Correlações do sentido na vida e auto-eficácia com as variáveis utilizadas para avaliar a adaptação psicossocial.*

	Sentido na vida	Auto-eficácia
EADH ansiedade	-.584**	.388*
EADH depressão	-.740**	.583**
EAT	.431**	.267
Frequência	.360*	.240
Empenho	.387*	.112
Aliança terapêutica	.201	.193
WHOQOL-BREF	.665**	.703**
Geral	.577**	.495**
Físico	.478**	.517**
Psicológico	.747**	.658**
Relações	.304	.529**
Ambiental	.536**	.605**
ICP	.391*	.331*
Abertura a Possibilidades e Envolvimento nas Relações	.430**	.386*
Percepção do Self e da Vida	.385*	.304
Espiritualidade	-.217	-.104

* p<.05 **p<.01

Tabela 6. *Correlações das subescalas da auto-eficácia com as variáveis utilizadas para avaliar a adaptação psicossocial.*

	Iniciação e Persistência	Eficácia Perante a Adversidade	Eficácia Social
EADH ansiedade	-.489**	-.265	.039
EADH depressão	-.562**	-.262	-.298
EAT	.206	.043	.269
Frequência	.277	.085	.068
Empenho	.103	-.025	.115
Aliança terapêutica	.025	.005	.400*
WHOQOL-BREF	.618**	.347*	.428**
Geral	.429**	.206	.338*
Físico	.505**	.309	.203
Psicológico	.688**	.688**	.226
Relações	.318*	.319*	.508**
Ambiental	.569**	.219	.367*
ICP	.340*	.126	.154
Abertura a Possibilidades e Envolvimento nas Relações	.387*	.252	.120
Percepção do Self e da Vida	.350*	-.014	.171
Espiritualidade	-.217	-.146	.194

*p<.05 **p<.01

Quanto às associações entre as variáveis utilizadas para avaliar a adaptação psicossocial dos participantes, a variável que estabeleceu maior número de associações estatisticamente significativas foi a QdV. Verificaram-se correlações negativas entre a Depressão (EADH) e todos os domínios da QdV (WHOQOL): Psicológico ($r=-.755$; $p=.000$), Geral ($r=-.537$; $p=.000$), Ambiental ($r=-.498$; $p=.001$), Relações Sociais ($r=-.400$; $p=.012$) e Físico ($r=-.377$; $p=.018$). Foram igualmente encontradas associações negativas entre a Ansiedade e a QdV: Psicológico ($r=-.520$; $p=.001$), Físico ($r=-.407$; $p=.010$) e Ambiental ($r=-.354$; $p=.027$). Os domínios Psicológico ($r=.518$; $p=.001$) e Relações Sociais ($r=.458$; $p=.003$) correlacionaram-se com a adesão terapêutica, respetivamente com as subescalas de Aliança Terapêutica (domínio relações sociais $r=.536$; $p=.000$ e domínio psicológico $r=.421$; $p=.008$) e de Frequência (domínio psicológico $r=.439$; $p=.005$). Na tabela 7 são apresentadas as correlações encontradas entre a QdV e o crescimento pós-traumático (ICP). Através da sua análise, conclui-se que o nível de espiritualidade não prediz a QdV. O domínio Físico foi o mais afetado pelo crescimento pós-traumático, revelando uma estreita relação entre as capacidades físicas do sujeito e o sentimento que de um acontecimento negativo teve consequências positivas. O domínio Psicológico foi o

único domínio que não estabeleceu uma correlação significativa com o crescimento pós-traumático, associando-se significativamente apenas à subescala Percepção do Self e da Vida.

Tabela 7. *Correlações entre as subescalas do ICP e os domínios da QdV.*

	ICP total	Abertura a Possibilidades e Envolvimento nas Relações	Percepção do Self e da Vida	Espiritualidade
Domínio geral	.512**	.515**	.481**	.152
Domínio físico	.545**	.549**	.506**	.173
Domínio psicológico	.269	.275	.317*	-.101
Domínio relações sociais	.359*	.365*	.360*	.097
Domínio ambiental	.398*	.368*	.428**	.025
WHOQOL- BREF	.526**	.524**	.527**	.092

*p≤.05 **p≤.01

Relativamente às restantes variáveis de adaptação psicossocial, foram encontradas correlações negativas da Depressão com a Adesão Terapêutica ($r=.404$; $p=.011$) e com a subescala Percepção do Self e da Vida da ICP ($r=-.326$; $p=.043$). Por fim, encontrou-se uma associação entre a Adesão Terapêutica e a subescala Percepção do Self e da Vida da ICP ($r=.362$; $p=.024$). Assim, verifica-se que a QdV é a melhor variável entre as utilizadas para avaliar a adaptação psicossocial.

Modelos de regressão para o sentido na vida e auto-eficácia

Através dos resultados obtidos, conclui-se que tanto os níveis de sentido na vida como de auto-eficácia são influenciados por vários componentes, que contribuem para a adaptação psicossocial. Para compreender quais as variáveis que explicam melhor o sentido na vida e a auto-eficácia, foram realizados testes de regressão múltipla.

Foram realizadas análises de regressão hierárquicas por blocos, onde o sentido na vida, medido através do PIL, foi a variável dependente e as variáveis que apresentaram correlações estatisticamente significativas com o sentido na vida foram usadas como

variáveis preditoras. O modelo que partilha a maior variância indica 2 variáveis preditoras do sentido na vida, sendo a equação da regressão: Sentido na Vida = 88,402 + Depressão x (-0,534) + Qualidade de Vida x 0,316. De acordo com a equação, a sensação de sentido na vida aumenta quanto menores forem os níveis de depressão e quanto maior a QdV. Estas variáveis explicam 58.3% da variância do sentido na vida ($F_{(1, 36)} = 5.219$; $p = .028$). Na tabela 8 são apresentados os resultados.

Tabela 8. *Regressão linear das variáveis preditoras do sentido na vida.*

	R ²	R ² ajustado	B	t	p
Depressão	.548	.536	-.534	-3.857	<.01
QdV	.605	.583	.316	2.285	.028

Utilizando o mesmo método, foi conduzido um teste de regressão múltipla para a auto-eficácia. Os resultados indicaram 2 variáveis preditoras, sendo a equação do modelo: Auto-eficácia = 27,624 + Qualidade de Vida x 0,480 + Sentido na Vida x 0,314. Tendo em conta a equação anterior, a auto-eficácia é tanto maior quanto maior a QdV e quanto maior a sensação de sentido na vida da pessoa. O modelo explica 54.4% da variância da auto-eficácia ($F_{(1, 36)} = 4,397$; $p = .043$). Na tabela 9 são apresentados os resultados.

Tabela 9. *Regressão linear das variáveis preditoras da auto-eficácia.*

	R ²	R ² ajustado	B	t	P
QdV	.494	.480	.494	3.297	.002
Sentido na Vida	.549	.524	.314	2.097	.043

Discussão

A LVM é um acontecimento disruptivo da vida que implica grandes mudanças e adaptação a uma nova situação num curto espaço de tempo. O internamento da maioria desta população em centros de reabilitação física levou a que nos últimos anos tenha existido um maior foco da investigação científica neste tema. Deste modo, a Psicologia tem procurado encontrar formas de auxiliar estes indivíduos, estudando variáveis que permitam facilitar a reabilitação física durante o internamento e a adaptação psicossocial. Investigação recente indica que o sentido na vida e a auto-eficácia são duas das variáveis que contribuem para tais objetivos e ambas podem ser manipuladas de modo a influenciar

positivamente o processo de reabilitação e a adaptação psicossocial (Ferreira & Guerra, 2014).

Deste modo, o presente estudo procurou investigar se de facto existe uma relação entre o sentido na vida e a auto-eficácia e se estes construtos estão associados a variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas com a lesão e, sobretudo, se estão associadas ao ajustamento psicológico e social em sujeitos LVM.

De acordo com os resultados obtidos, existe uma associação significativa e positiva entre o sentido na vida e a auto-eficácia, assim quanto maior o nível de sentido na vida, maior a percepção de eficácia pela própria pessoa, sendo que o contrário também se verifica. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por DeWitz (2004), exceto o facto de não se ter verificado uma relação significativa da eficácia social com o sentido na vida. No entanto, o instrumento utilizado por DeWitz para avaliar a auto-eficácia não foi o mesmo utilizado neste estudo, pelo que se torna difícil realizar comparações.

Além disso, verificou-se que, tanto o sentido na vida como a auto-eficácia, mantêm relações significativas com os construtos utilizados para avaliar a adaptação psicossocial, tanto com as escalas gerais como com as suas subescalas.

Conclui-se então que o sentido na vida e a auto-eficácia influenciam a adaptação e vice-versa. A variável que obteve uma associação mais significativa com o sentido na vida e a auto-eficácia foi a depressão, sendo que a inexistência de sintomatologia depressiva está associada a níveis elevados de um propósito e significado da vida e sensação de auto-eficácia. Resultados semelhantes verificaram-se noutros estudos com populações LVM (Shnek et al., 1997 citado por Hampton, 2004). De igual modo, a ansiedade revelou influenciar negativamente o sentido na vida e a auto-eficácia. Consequentemente, menores níveis de depressão e ansiedade correspondem a uma melhor saúde mental. Estas conclusões estão de acordo com investigações anteriores (Ferreira e Guerra, 2014; Kennedy et al., 2006; Pang et al., 2009; Perry et al., 2009; Spungen, Libin, Ljungberg & Groah, 2009; White et al., 2010). No entanto, não é possível concluir se o menor sentido na vida e menor auto-eficácia são causas ou consequências da sintomatologia depressiva.

A adesão terapêutica correlacionou-se de forma positiva apenas com o sentido na vida, no entanto a dimensão Aliança Terapêutica não mostrou ter uma relação significativa. No momento do internamento, a reabilitação pode-se transformar num objetivo de vida a curto/médio prazo, e assim promover o sentido na vida, explicando esta relação. Os

resultados indicam que a adesão não influencia a percepção de eficácia pelo sujeito, embora se esperasse o contrário pois quanto maior a sensação da pessoa que é capaz e bem sucedida, maior a probabilidade de aderir ao tratamento. Não foram encontrados estudos que investigassem a relação entre a adesão terapêutica e o sentido na vida e auto-eficácia.

Os resultados mostraram que a QdV é um construto intimamente ligado ao sentido na vida e à auto-eficácia, principalmente a dimensão psicológica, que estabeleceu correlações positivas fortes com ambos, demonstrando que o bem-estar psicológico facilita a atribuição de um sentido à vida e a sensação de eficácia e vice-versa. A dimensão física influenciou no mesmo sentido mas menos fortemente. Estando os participantes numa situação em que as capacidades físicas estão fragilizadas, era esperado que tal se verificasse. O domínio Relações Sociais não se associou ao sentido na vida, porém associou-se a uma melhor auto-eficácia, o que está de acordo com o observado por Pang et al. (2009), que indicou que um suporte social de maior qualidade estava relacionado com maior auto-eficácia. A associação positiva do sentido na vida e auto-eficácia com a QdV corrobora a evidência de outros estudos (deRoos-Cassini et al., 2009; Middleton, Tran & Craig, 2007; Mortenson et al., 2010; Peter, 2013). Segundo Blazek et al. (2014), isso pode ser explicado porque o sentimento de que a nossa existência tem significado é um fator protetor de uma possível diminuição da QdV. No estudo de Peter (2013) a auto-eficácia não afetou a QdV mas no presente estudo, isso verificou-se, indicando que ao fomentar a auto-eficácia, se pode igualmente promover a QdV. Frankl (1985 citado por DeWitz, 2004) explicou que sentir que a vida não tem significado tem como consequência um vácuo existencial, que se caracteriza por aborrecimento e ansiedade, logo conduzindo a uma menor QdV psicológica.

Por fim, verificou-se uma relação positiva indireta do crescimento pós-traumático com o sentido na vida e a auto-eficácia, visto que apenas as dimensões Abertura a Possibilidades e Envolvimento nas Relações e Percepção do Self e da Vida revelaram associações significativas. Outros estudos em populações diferentes encontraram igualmente uma relação positiva entre crescimento pós-traumático e sentido na vida (Powell, Gilson & Collin, 2012) e auto-eficácia (Luszczynska, Mohamedb & Schwarzer, 2005).

Em relação às dimensões da auto-eficácia, a Iniciação e Persistência foi aquela que revelou maior número de associações com as variáveis usadas para avaliar o ajustamento.

Já a Eficácia perante a Adversidade e a Eficácia Social estabeleceram relações sobretudo com as dimensões da QdV. Em populações LVM de outros países, a investigação revela igualmente que a auto-eficácia é um bom preditor da QdV (Hampton, 2000).

Quanto aos construtos que foram utilizados para constituir a adaptação psicossocial, a adesão terapêutica foi aquele que menos se correlacionou com os restantes construtos. Entre o crescimento pós-traumático e a ansiedade e depressão também não se verificou uma relação significativa. Já a QdV mostrou estar associada a todos os outros construtos. O facto de a adesão ter evidenciado poucos resultados significativos pode estar relacionado com as pontuações elevadas, que podem ser decorrentes da desejabilidade social aquando do preenchimento da escala. Além disso, a escala utilizada para avaliar a adesão é recente e foi utilizada em poucos estudos, sendo difícil estabelecer comparações entre os resultados obtidos neste estudo e os resultados de outras investigações. No caso da depressão, esta foi considerada a variável que mantém a associação mais consistente com a adaptação psicossocial em indivíduos com LVM (Jiao, Heyne & Lam, 2012), o que também se verificou neste estudo. A ansiedade, apesar de não ser um preditor tão forte como a depressão, estabelece de igual modo correlações significativas com as restantes variáveis.

Com base nos resultados anteriores, conclui-se que existe uma associação significativa do sentido na vida e da auto-eficácia com a adaptação psicossocial de sujeitos após LVM.

Relativamente às variáveis sociodemográficas e associadas à lesão, o sentido na vida relacionou-se com o género e o quadro clínico e a auto-eficácia revelou uma associação com a situação profissional e os fins de semana passados no domicílio. O facto dos níveis de sentido na vida serem mais elevados no sexo masculino vai de encontro aos resultados obtidos noutros estudos, embora a diferença entre géneros não tenha sido significativa neste estudo (Krause et al., 2004). Sujeitos com quadros clínicos menos graves (paraplegia) evidenciaram maiores níveis de sentido na vida, o que era esperado visto que têm maior capacidade física para concretizar os seus objetivos e mantêm um maior grau de independência, ou seja, os seus objetivos pré lesão foram menos afetados pela situação (Ferreira & Guerra, 2014). Surpreendentemente, uma situação profissional ativa não evidenciou ter uma relação significativa com o sentido na vida, ao contrário de resultados obtidos noutros estudos (Krause, 1991 cit. por. Oliveira, 2010).

Apesar de em investigações anteriores se concluir que a auto-eficácia não está associada a quaisquer variáveis sociodemográficas ou clínicas (Peter et al., 2012; Spungen et al., 2009), neste estudo isso não se verificou. A auto-eficácia foi mais elevada nos casos em que o indivíduo mantinha uma vida profissional ativa antes do internamento mas apesar de existirem diferenças entre os grupos, estas não são significativas. Ainda assim, a ocupação profissional pode ser fonte de sucessos relacionados com a performance que, segundo Bandura (1977, 1997 citado por DeWitz, 2004), é um dos recursos que fomenta a auto-eficácia. Já o facto de passar os fins de semana em casa contribui positivamente para a auto-eficácia pelo facto do sujeito ter oportunidade de colocar em prática as melhorias adquiridas durante a reabilitação e se aperceber que o seu nível de independência está a aumentar. Estes resultados podem também ser influenciados pelo facto de os utentes só serem autorizados a ir ao domicílio quando revelam capacidades e autonomia suficientes, e têm a casa adaptada à sua situação. Segundo o estudo de Pang et al. (2009), era esperado que o tempo decorrido desde a lesão influenciasse a auto-eficácia, mas tal não se verificou.

As variáveis que, agrupadas, explicam melhor o sentido na vida são a depressão e a QdV. Estas conclusões estão de acordo com a restante literatura, que indica que a depressão e a QdV estão intimamente associadas com o sentido na vida (Ferreira e Guerra, 2014; Kennedy et al., 2006; Spungen et al., 2009). As variáveis que melhor predizem a auto-eficácia são a depressão e o sentido na vida. No caso da depressão, elevados níveis de auto-eficácia ajudam os sujeitos a fazer uma gestão emocional mais eficaz, diminuindo os sintomas depressivos e de ansiedade (Spungen et al., 2009). Tendo em conta a influência recíproca entre sentido na vida e auto-eficácia, era esperado que cada um deles explicasse parte da variância no outro.

Uma das teorias que se debruça sobre a adaptação à LVM é o modelo SCIAM (ver anexo 2) que incorpora um mecanismo de mediação duplo (através do *coping* e avaliação – *appraisals*), referindo que o sentido na vida e a auto-eficácia afetam indiretamente a satisfação e adaptação: estes influenciam a forma como o sujeito avalia a LVM, afetando consequentemente as estratégias de *coping* adotadas e, por fim, a satisfação (Peter et al., 2014).

A relevância do presente estudo está relacionada com o facto deste ser um tema pouco estudado na população portuguesa, principalmente na população LVM. Os resultados de estudos na mesma área em populações de outros países (Peter et al., 2014)

revelaram que tanto o sentido na vida como a auto-eficácia constituem bons pontos de intervenção psicológica em indivíduos LVM, também pelo facto de serem dois construtos que podem ser manipulados para promover a adaptação psicossocial, não só em regime de internamento mas também na comunidade. Estudos revelaram que fortalecer a auto-eficácia e o sentido na vida pode incrementar a saúde mental e o bem-estar (Peter, 2013). Por outro lado, o foco no sentido na vida e a auto-eficácia deriva da Psicologia Positiva, uma área com um elevado crescimento nos últimos anos, sendo uma melhor área de intervenção do que focar-se apenas na eliminação de sintomas psicopatológicos. Utilizando o sentido na vida e a auto-eficácia como pontos fulcrais, esse tipo de sintomatologia pode ser eliminada e outras variáveis, como a QdV, a adesão ao tratamento e o sentimento de crescimento pessoal após o trauma, podem ser beneficiados.

Apesar da relevância das conclusões encontradas, este estudo incorpora algumas limitações. Em primeiro lugar, a dimensão reduzida da amostra pode diminuir o poder estatístico e, conseqüentemente, provocar resultados não significativos. Infelizmente, o número reduzido de mulheres pode igualmente ter afetado os resultados obtidos. Segundo, o facto de apenas terem sido incluídos utentes internados no CMRRC-RP não permite generalizar as conclusões para toda a população LVM portuguesa. O facto de o protocolo ter sido aplicado numa entrevista oral, apesar de se ter garantido a privacidade e confidencialidade das informações, pode ter influenciado as respostas através da desejabilidade social. Por fim, alguns autores (Schulenberg, Shnetzer & Buchanan, 2010) sugerem que utilizar um modelo de 2 fatores do PIL seria melhor que um modelo de 1 fator. No entanto, a literatura não é consensual neste ponto e a maioria dos estudos realizados utilizaram o modelo de 1 fator. Assim, para facilitar a comparação de resultados, este estudo envolveu igualmente um modelo de 1 fator.

Estudos futuros nesta área devem focar-se numa amostra maior e com um número mais equilibrado de indivíduos do sexo feminino e masculino, assim como incluir mais jovens adultos (18-25 anos). Seria ainda importante estudar populações LVM em regime de internamento noutros centros e os indivíduos LVM na comunidade, também realizando estudos longitudinais, de modo a verificar se os resultados obtidos neste estudo se replicam noutros contextos e para verificar a variação destes construtos ao longo do tempo. Estudar estes construtos na população geral seria igualmente importante para poder comparar os resultados com os obtidos na população LVM e verificar se o sentido na vida e a auto-

eficácia poderão ser eficazes quando incluídos em intervenções que têm outras populações como alvo. Por fim, seria interessante utilizar protocolos semi-estruturados, permitindo maior subjetividade da informação fornecida pelos sujeitos e conseguir perceber que outras variáveis estes consideram que contribuem para fomentar ou prejudicar o seu ajustamento psicológico e social.

De facto, verificou-se uma associação entre o sentido na vida e a auto-eficácia, sendo que ambos estão intimamente relacionados com a adaptação psicológica e social de indivíduos com LVM. Este estudo debruçou-se sobre uma área e uma população ainda pouco estudadas em Portugal e daí o seu carácter inovador. Os resultados revelaram que, apesar de não explicarem todo o espectro do ajustamento psicossocial em casos de LVM, o sentido na vida e a auto-eficácia são dois construtos importantes que podem ser manipulados de modo a diminuir sintomas psicopatológicos e a incrementar a QdV, promovendo assim a adaptação psicossocial. Compreender quais as variáveis que mais influenciam o ajustamento, permitirá facilitar não só o planeamento de intervenções psicológicas mais eficazes como também facilitar o processo de reabilitação de sujeitos LVM. Estudos futuros deverão aprofundar o papel destes dois construtos e investigar outras variáveis ainda pouco estudadas, como o humor e o optimismo, e quais contribuem para aumentar a resiliência o ajustamento em sujeitos LVM.

Bibliografia

- Albrecht, G., & Devlieger, P. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, 577-588. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00411-0
- Amaral, M. (2009). Encontrar um novo sentido de vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 573-580.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Beedie, A., & Kennedy, P. (2002). Quality of social support predicts hopelessness and depression post spinal cord injury. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(3), 227-234. doi: 10.1023/A:1016003428370
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47-56. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.47
- Blazek, M., Kazmierczak, M., & Besta, T. (2014). Sense of Purpose in Life and Escape from Self as the Predictors of Quality of Life in Clinical Samples. *Journal of Religion and Health*. doi: 10.1007/s10943-014-9833-3
- Boschen, K. (1996). Correlates of life satisfaction, residential satisfaction, and locus of control among adults with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology of Women Quarterly*, 39, 230-243.
- Boswell, B. B., Dawson, M., & Heininger, E. (1998). Quality of life as defined by adults with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation*, 64, 27-32.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 157-172). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cardenas, D. D., & Hooton, T. M. (2003). Urinary tract infection in persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76(3), 272-280. doi: 10.1016/S0003-9993(95)80615-6
- Chan, R., Lee, P., & Lieh-Mak, F. (2000). The pattern of coping in persons with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation: An Interdisciplinary Journal of Abnormal Psychology*, 21, 501-507. doi: 10.1080/096382800413998
- Chevalier, Z., Kennedy, P., & Sherlock, O. (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord*, 47, 778-782. doi: 10.1038/sc.2009.60
- Chun, S., & Lee, Y. (2008). The Experience of Posttraumatic Growth for People With Spinal Cord Injury. *Qualitative Health Research*, 18(7), 877-890. doi: 10.1177/1049732308318028
- Costa, J. (2012). *Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares*. Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 47(2), 108-114. doi: 10.1038/sc.2008.115
- Craig, A., Wijesuriya, N., & Tran, Y. (2013). The Influence of Self-Efficacy on Mood States in People with Spinal Cord Injury. *ISRN Rehabilitation*. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/232978>

- Crewe, N., & Krause, J. (2002). Spinal cord injuries *Medical, psychosocial and vocational aspects of disability* (pp. 279–291). Athens, GA: Elliot & Fitzpatrick.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology, 20*, 200-207.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life test*. TX: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- DeGraff, A. H., & Schaffer, J. (2008). Emotion-focused coping: a primary defense against stress for people living with spinal cord injury. *Journal of rehabilitation, 74*, 19-24.
- deRoos-Cassini, T., de St Aubin, E., Valvano, A., Hastings, J., & Horn, P. (2009). Psychological Well-Being After Spinal Cord Injury: Perception of Loss and meaning Making. *Rehabilitation, 54*(306-314). doi: 10.1037/a0016545
- DeVivo, M. J., Black, K. J., Richards, S., & Stover, S. L. (1991). Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia, 29*(9), 620-627. doi: 10.1038/sc.1991.91
- DeWitz, S. J. (2004). *Exploring the relationship between self-efficacy beliefs and purpose in life*. doutoramento, Ohio State University, Ohio.
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord, 35*, 829-840. doi: 10.1038/sj.sc.3100571
- Dunn, D. S., Elliott, T. R., & Uswatte, G. (2009). Happiness, resilience and positive growth following disability: Issues for understanding, research, and therapeutic intervention. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2 ed., pp. 651-664). New York: Oxford University Press.
- Elliot, T., Herrick, S., Witty, T., Godshall, F., & Spruell, M. (1992). Social support and depression following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 37*, 37-48. doi: 10.1037/h0079091
- Falvo, D. (2005). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability* (3 ed.): Jones and Bartlett Publishers.
- Fechio, M. B., Pacheco, K. M. B., Kaihami, H. N., & Alves, V. L. R. (2009). A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiatras, 16*(1), 38-42. doi: 10.5935/0104-7795.20090005
- Ferreira, M., & Guerra, M. P. (2014). Adaptação à lesão vertebro-medular. *Psicologia, saúde e doenças, 15*(2), 380-395. doi: 10.15309/14psd150205
- Flückiger, C., Wüsten, G., Zinbarg, R. E., & Wampold, B. E. (2010). *Resource activation: Using clients' own strengths in psychotherapy and counseling*. Cambridge, USA: Hogrefe Publishing.
- Fuhrer, M. J. (1996). The subjective well-being of people with spinal cord injury: Relationships to impairment, disability, and handicap. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 1*(4), 56-71.
- Fuhrer, M. J., Rintala, D. H., Hart, K. A., Clearman, R., & Young, M. E. (1992). Relationship of life satisfaction to impairment, disability, and handicap among persons with spinal cord injury living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 73*(6), 552-557.
- Gerhart, K. A., Weitzenkamp, D. A., Kennedy, P., Glass, C. A., & Charlifue, S. W. (1999). Correlates of stress in long-term spinal cord injury. *Spinal Cord, 37*, 183-190. doi: 10.1038/sj.sc.3100804
- Geyh, S., Nick, E., Stirnimann, D., Ehrat, S., Michel, F., Peter, C., & Lude, P. (2012). Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury—an ICF-based study. *Spinal Cord, 50*, 699–706. doi: 10.1038/sc.2012.18

- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 1*(3), 59-74. doi: 10.1097/00013614-198604000-00007
- Guerra, M. P. (2010). *Humanismo Revisitado e Psicologia Positiva: Contributos para Psicologia da Saúde*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto.
- Hammell, K. W. (2004). Exploring quality of life following high spinal cord injury: a review and critique. *Spinal Cord, 42*, 494-502. doi: 10.1038/sj.sc.3101636
- Hampton, N. Z. (2000). Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 43*(2), 66-74. doi: 10.1177/003435520004300202
- Hampton, N. Z. (2004). Subjective Well-Being Among People with Spinal Cord Injuries: The Role of Self-Efficacy, Perceived Social Support, and Perceived Health. *rehabilitation Counseling Bulletin, 48*(1), 31-37. doi: 10.1177/00343552040480010401
- Hampton, N. Z. (2008). The affective aspect of subjective well-being among Chinese people with and without spinal cord injuries. *Disability and Rehabilitation, 30*(19), 1473-1479. doi: 10.1080/09638280701565037
- Hampton, N. Z., & Marshall, A. (2000). Culture, gender, self-efficacy, and life satisfaction: a comparison between Americans and Chinese people with spinal cord injuries. *Journal of rehabilitation, 66*(3), 21-28.
- Hanley, M. A., Raichle, K., Jensen, M., & Cardenas, D. D. (2008). Pain catastrophizing and beliefs predict changes in pain interference and psychological functioning in persons with spinal cord injury. *Journal of Pain, 9*(9), 863-871. doi: 10.1016/j.jpain.2008.04.008
- Hedberg, P., Brulin, C., Alex, L., & Gustafson, Y. (2011). Purpose in life over a five-year period: a longitudinal study in a very old population. *International Psychogeriatrics, 23*(5), 806-813. doi: 10.1017/S1041610210002279
- Henriques, S. R. F. (2008). *Os objetivos de vida de adolescentes institucionalizados e não institucionalizados*. licenciatura, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology, 6*(4), 307-324.
- Jiao, J., Heyne, M. M., & Lam, C. S. (2012). Acceptance of Disability among Chinese Individuals with Spinal Cord Injuries: The Effects of Social Support and Depression. *SciRes, 3*, 775-781. doi: http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.329117
- Kalpajian, C. Z., McCullumsmith, C. B., Fann, J. R., Richards, J. S., Stoelb, B. L., Heinemann, A. W., & Bombardier, C. H. (2014). Post-traumatic growth following spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine, 37*(2), 218-225. doi: 10.1179/2045772313Y.00000000169
- Kennedy, P., Evans, M., & Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: the contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology Health and Medicine, 14*(1), 17-33. doi: 10.1080/13548500802001801
- Kennedy, P., & Rogers, B. A. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: A longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 81*, 932-937. doi: 10.1053/apmr.2000.5580
- Kennedy, P., Taylor, N., & Hindson, L. (2006). A pilot investigation of a psychosocial activity course for people with spinal cord injuries. *Psychology Health and Medicine, 11*(1), 91-99. doi: 10.1080/13548500500330494

- Kirshblum, S., Campagnolo, D. I., & DeLisa, J. A. (2002). *Spinal cord medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Krause, J. (1997). Personality and traumatic spinal cord injury: Relationship to participation in productive activities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 28(2), 15-20.
- Krause, J. (1998). Dimensions of subjective well being after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(900-909). doi: 10.1016/S0003-9993(98)90085-5
- Krause, J., Stanwyck, C., & Maides, J. (1998). Locus of control and life adjustment: Relationship among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 41, 162-172.
- Krause, J., Broderick, L. E., & Broyles, J. (2004). Subjective well-being among African-Americans with spinal cord injury: an exploratory study between men and women. *Neurorehabilitation*, 19(2), 81-89.
- Laíns, J. (1991). *Guia para o uso do Banco Uniformizado de Dados para Reabilitação Médica – MIF*.
- Lantz, J. E. (1993). *Existential family therapy: Using the concepts of Viktor Frankl*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Lapierre, S., Dube, M., Bouffard, L., & Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*, 28(1), 16–25. doi: 10.1027/0227-5910.28.1.16
- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3133-3145. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.041
- Lin, V. W. (2003). *Spinal cord medicine: principles and practice*. New York: Demos.
- Livneh, H., & Wilson, L. (2003). Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation: An exploratory investigation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 194–208. doi: 10.1177/003435520304600401
- Lustig, D. C. (2005). The Adjustment Process for Individuals With Spinal Cord Injury: The Effect of Perceived Premorbid Sense of Coherence. *Rehabil Couns Bull*, 48(3), 146-156. doi: 10.1177/00343552050480030301
- Luszczynska, A., Mohamedb, N. E., & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 10(4). doi: 10.1080/13548500500093738
- Martins, A. C., & Ribeiro, J. L. P. (2010, 2010/). *Hábitos de vida dos homens e mulheres com lesão vertebro-medular*. Paper presented at the Actas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, sexualidade e género, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Middleton, J., & Craig, A. (2008). Psychological Challenges in Treating Persons with Spinal Cord Injury. In A. Craig & Y. Tran (Eds.), *Psychological Aspects Associated with Spinal Cord Injury Rehabilitation: New Directions and Best Evidence*. New York: Nova Science Publishers.
- Middleton, J., Tran, Y., & Craig, A. (2007). Relationship Between Quality of Life and Self-Efficacy in Persons With Spinal Cord Injuries. *Arch Phys Med Rehabil*, 88, 1643-1648.

- Molton, I. R., Stoelb, B. L., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Raichle, K. A., & Cardenas, D. D. (2009). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: replication and cross-validation. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 46(1), 31-42.
- Mona, L. R., Krause, J. S., Norris, F. H., Cameron, R. P., Kalichman, S. C., & Lesondak, L. M. (2000). Sexual expression following spinal cord injury. *Neurorehabilitation*, 15(2), 121-131.
- Mortenson, W. B., Noreau, L., & Miller, W. C. (2010). The relationship between and predictors of quality of life after spinal cord injury at 3 and 15 months after discharge. *Spinal Cord*, 48(1), 73-79. doi: 10.1038/sc.2009.92
- Nair, K. P. S. (2003). Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 17(192-202). doi: 10.1191/0269215503cr599oa
- North, N. T. (1999). The psychological effects of spinal cord injury: A review. 37, 10, 671-679. doi: 10.1038/sj.sc.3100913
- Oliveira, R. A. (2007). *Psicologia clínica e reabilitação física*. Paper presented at the III Encontro Mayo Clinic/ISPA/ABPG, Gouveia.
- Oliveira, R. A. (2010). *Corpus Alienum - Psicoterapia e trabalho psicoterapêutico na reabilitação física: Coisas de Ler*.
- Pais-Ribeiro, J. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp. 163-176). Braga: APPORT.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088
- Pang, M. Y., Eng, J. J., Lin, K. H., Tang, P. F., Hung, C., & Wang, Y. H. (2009). Association of depression and pain interference with disease-management self-efficacy in community-dwelling individuals with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(13), 1068-1073. doi: 10.2340/16501977-0455
- Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J. R., & Blank, T. O. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 863-875. doi: 10.1037/a0013348
- Pedro, A. S. S. (2011). *Caracterização de adultos com lesão medular em regime de internamento*. mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Peralta, E., & Silva, M. E. D. (2003). Teste dos objectivos de vida (PIL-R) *Avaliação Psicológica - instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1). Coimbra: Quarteto.
- Perry, K. N., Nicholas, M. K., & Middleton, J. (2009). Spinal cord injury-related pain in rehabilitation: a cross-sectional study of relationships with cognitions, mood and physical function. *European Journal of Pain*, 13(5), 511-517. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.06.003
- Perry, K. N., Nicholas, M. K., Middleton, J., & Siddall, P. (2009). Psychological characteristics of people with spinal cord injury-related persisting pain referred to a tertiary pain management center. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 46(1), 57-67. doi: 10.1682/JRRD.2008.04.0050
- Peter, C. (2013). *Adjustment to spinal cord injury (SCI): The role of psychological resources*. doutoramento, Universidade de Munique, Alemanha.

- Peter, C., Müller, R., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). Psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature review. *Spinal Cord*, 50, 188-201. doi: 10.1038/sc.2011.125
- Peter, C., Muller, R., Cieza, A., Post, M. W. M., van Leeuwen, C. M. C., Werner, C. S., & Geyh, S. (2014). Modeling life satisfaction in spinal cord injury: the role of psychological resources. *Quality of Life Research*, 23, 2693-2705. doi: 10.1007/s11136-014-0721-9
- Portellano, J. A. (2005). Organización anatomofuncional del sistema nervioso *Introducción a la Neuropsicología*. Espanha: McGraw Hill.
- Powell, T., Gilson, R., & Collin, C. (2012). TBI 13 years on: factors associated with post-traumatic growth. *Disability and Rehabilitation*, 34(17), 1471-1477. doi: 10.3109/09638288.2011.644384
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, A. (2008). Estudo das Características Psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory – PTGI – (Inventário de Crescimento Pós-Traumático) para a população portuguesa *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Richards, J., Elliot, T., Shewuck, R., & Fine, P. (1997). Attribution of responsibility for onset of spinal cord injury and psychosocial outcomes in the first year post-injury. *Rehabilitation Psychology*, 42, 115-124. doi: 10.1037/0090-5550.42.2.115
- Scharwer, R. (2008). "Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors." *Applied Psychology* 57(1): 1-29.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671. doi: 10.2466/pr0.1982.51.2.663
- Schulenberg, S. E., Schnetzer, L. W., & Buchanan, E. M. (2010). The purpose in life test-short form: development and psychometric support. *Journal of Happiness Studies*. doi: 10.1007/s10902-010-9231-9
- Shnek, Z. M., Foley, F. W., LaRocca, N. G., Gordon, W. A., DeLuca, J., Schwartzman, H. G., . . . Irvine, J. (1997). Helplessness, self-efficacy, cognitive distortions, and depression in multiple sclerosis and spinal cord injury. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(3), 287-294. doi: 10.1007/BF02892293
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Spungen, M. I., Libin, A., Ljungberg, I., & Groah, S. (2009). Self-efficacy mediating the occurrence of secondary conditions after spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*, 22(1), 16-22.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. doi: 10.1007/BF02103658
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1999). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. NJ: Lawrence Erlbaum.
- Thoits, P. A. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(5), 541-553. doi: 10.1177/0022146510383499
- Thompson, N., Coker, J., Krause, J., & Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48, 100-108. doi: 10.1037/0090-5550.48.2.100

- van Leeuwen, C. M. C., Kraaijeveld, S., E., L., & Post, M. W. M. (2012). Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 50, 174-187. doi: 10.1038/sc.2011.120
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Perreira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Wang, M., Lightsey, O. R., Pietruszka, T., Uruk, A. C., & Wells, A. G. (2007). Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping, and suicidal behavior. *Journal of Positive Psychology*, 2(3), 195-204. doi: 10.1080/17439760701228920
- White, B., Driver, S., & Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 23-32. doi: 10.1037/a0018451
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). Hospital Anxiety And Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

Anexo 1: Escala ASIA.

A escala ASIA é um sistema que permite definir e descrever a extensão e severidade de lesões vertebro-medulares. Pode ser igualmente útil para definir necessidades de reabilitação. A classificação da pessoa baseia-se na sua sensibilidade em variados pontos do corpo e em testes de função motora. A escala varia entre A e E, englobando lesões completas, incompletas e a não existência de lesão.

A – Completa: as funções motora e sensorial não estão preservadas, existindo uma completa falta de sensibilidade e movimento abaixo do nível da lesão.

B - Incompleta: apenas a função sensorial se encontra preservada, existindo alguma sensibilidade abaixo do nível da lesão.

C – Incompleta: está presente algum movimento mas a maioria dos músculos abaixo do nível da lesão não se consegue movimentar contra a gravidade.

D – Incompleta: está presente algum movimento e a maioria dos músculos abaixo do nível da lesão têm força suficiente para se mover no sentido contrário ao da gravidade.

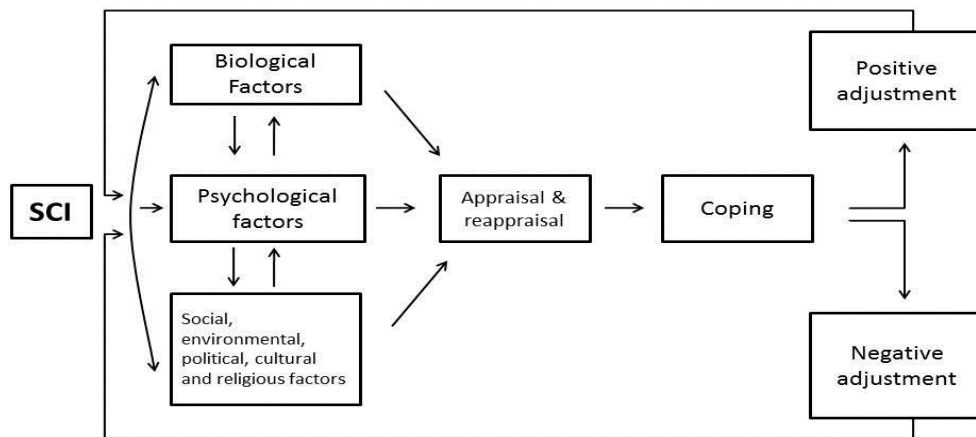
E – Normal: as funções sensorial e motora encontram-se normais.

Anexo 2: Modelo de adaptação à lesão vertebro-medular – SCIAM.

O SCIAM é um dos modelos teóricos que explica o processo de adaptação à lesão vertebro-medular. Segundo o SCIAM, entre os fatores que determinam a adaptação dos lesionados vertebro-medulares encontram-se fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo este um modelo biopsicossocial (Middleton & Craig, 2008). Os fatores psicológicos incluem características comparativamente estáveis, como a personalidade ou atitude do indivíduo assim como os recursos psicológicos. Os fatores biológicos englobam o quadro neurológico da lesão e a incapacidade funcional daí decorrente. Dos determinantes ambientais fazem parte outros fatores como o suporte social, crenças culturais e religiosas e acessibilidade do meio circundante (Peter, 2013).

Os fatores biológicos, psicológicos e ambientais influenciam a avaliação primária e secundária. O modo como se lida com as situações depende de como a lesão vertebro-medular é avaliada/interpretada pelo sujeito. A adaptação é resultado dos processos de avaliação. O SCIAM engloba também um duplo mecanismo: *stressor* – avaliação – *coping* – adaptação (Peter, 2013).

No entanto, este modelo é um ciclo e, por isso, a adaptação pode alternar entre resultados positivos e negativos, dependendo dos processos a ocorrer no momento (Middleton & Craig, 2008). A adaptação é um processo multifatorial complexo em que participam fatores psicológicos, biológicos, ambientais, avaliação e *coping*, que interagem entre si e atuam como determinantes da adaptação. Assim, os recursos psicológicos do indivíduo, em conjunto com facilitadores ou obstáculos ambientais e biológicos, influenciam a maneira como a pessoa interpreta a lesão vertebro-medular, como lida com esta e como vive com essa situação (Peter, 2013). O esquema seguinte explica o modelo SCIAM.



Anexo 3: Pedido de autorização para utilização dos questionários.

Este documento pretende esclarecê-lo(a) acerca da investigação para a qual a sua colaboração está a ser pedida. Por favor, leia com atenção e assegure-se de que percebeu tudo o que foi explicado. Caso necessite de mais alguma informação sobre o conteúdo deste documento ou que não esteja presente no mesmo, pode fazê-lo através dos contactos fornecidos mais à frente.

Título da investigação: “Sentido na vida e auto-eficácia em indivíduos lesionados medulares e sua influência na adaptação psicossocial.”

Objectivos da investigação:

1. Investigar a relação entre o sentido na vida e a auto-eficácia e a possível relação de ambos com dados sociodemográficas e relacionadas com a lesão medular.
2. Verificar se o sentido na vida e a auto-eficácia influenciam a adaptação psicossocial após lesão medular.

Procedimento:

A recolha de dados será realizada através da resposta a alguns questionários, preenchidos de forma individual pelo participante, numa sala do CMRRC-RP e na presença do investigador.

Condições de participação:

A sua participação nesta investigação é voluntária e se quiser, pode desistir em qualquer momento da investigação sem dar justificação e sem quaisquer consequências.

O primeiro momento da participação consiste em assinar este mesmo documento, onde declara conhecer os objectivos e como se vai realizar a participação na investigação. Ficará com uma cópia deste documento para si. Num segundo momento, será realizada uma avaliação psicológica através da resposta a alguns questionários (maneira de ser, humor e ansiedade). A sua participação neste estudo não irá afetar as atividades de reabilitação e terá em conta a sua disponibilidade.

Critérios de participação:

As únicas condições necessárias à participação neste estudo são ser maior de idade (18 anos ou acima) e ter uma lesão vertebro-medular.

Confidencialidade:

Apenas a investigadora e a sua orientadora de dissertação terão acesso aos dados recolhidos. A informação recolhida não vai ser associada ao participante, sendo confidencial. A sua identificação nunca será revelada ao longo do estudo.

Contactos:

Caso necessite de mais informação, pode contactar a investigadora:

Joana Ribeiro

Mestranda da Universidade de Aveiro

91 74 92 875

jfmr@ua.pt

Formulário de Consentimento Informado

De acordo com os princípios orientadores da Declaração de Helsínquia (2000), serve o presente formulário para confirmar que os participantes na investigação conducente à Tese de Mestrado de Joana Ribeiro, com o título “Sentido na vida e auto-eficácia em indivíduos lesionados medulares e sua influência na adaptação psicossocial”, conhecem os objectivos e condições de realização da investigação para a qual está a ser solicitada a sua colaboração.

_____, declara que esta investigação lhe foi explicada, quer através de documento escrito, quer por esclarecimentos directos com a investigadora, mais afirma que tem conhecimento que a sua participação é estritamente voluntária e que pode desistir a qualquer momento sem que para tal necessite de justificar o que quer que seja. Foi-lhe entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento informado.

Assinatura do Participante Data

_____/_____/_____

Assinatura da Investigadora Data

_____/_____/_____

Anexo 4: Formulário preenchido pelos participantes.

Questionário Sócio-Demográfico

Nome:

Idade: ____

Género: M ☐ F ☐

Estado Civil: Com companheiro ☐ Sem companheiro ☐

Habilitações literárias: Não sabe ler nem escrever ☐ 9º ano ☐
4º ano ☐ 12º ano ☐
6º ano ☐ Ensino universitário ☐

Situação profissional atual: Ativo ☐ Inativo ☐

Profissão atual:

Alguma vez recorreu a um psicólogo/psiquiatra? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual o motivo?

Encontra-se neste momento a ser acompanhado por um psicólogo/psiquiatra?

Sim ☐ Não ☐

Algum dos seus familiares de 1º grau alguma vez recorreu a um psicólogo/psiquiatra (pai, mãe, irmãos)? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual(is) o(s) familiar(es) e qual(is) o(s) motivo(s)?

Quadro Clínico: Paraplegia ☐ Tetraplegia ☐

Causa da lesão: Traumática (ex: acidente, queda, arma de fogo...) ☐

Não traumática (ex: tumoral, infecção, vascular...) ☐

Classificação ASIA: Completa (A) ☐

Incompleta (B-D) ☐

Idade aquando da lesão:

MIF:

Tempo de Internamento: _____

Idas ao domicílio: Sim ☐ Não ☐

TESTE DOS OBJETIVOS DE VIDA – parte A

Para cada uma das seguintes afirmações, escolha a opção de resposta que lhe parecer mais próxima daquilo que pensa ou sente em cada caso. Dê apenas uma resposta por cada afirmação. Faça uma cruz no número que melhor corresponde ao seu grau de concordância, usando a seguinte chave:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo totalmente

	Discordo totalmente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo totalmente
1 Geralmente sinto-me muito aborrecido	1	2	3	4	5	6	7
2 A vida parece-me sempre entusiasmante	1	2	3	4	5	6	7
3 Não tenho nenhuma meta ou aspiração na vida	1	2	3	4	5	6	7
4 A minha existência pessoal não tem qualquer sentido nem objetivo	1	2	3	4	5	6	7
5 Para mim, todos os dias são sempre novos e diferentes	1	2	3	4	5	6	7
6 Se eu pudesse escolher, preferia nunca ter nascido	1	2	3	4	5	6	7
7 Depois da reforma, gostaria de fazer algumas das coisas entusiasmantes que sempre quis fazer	1	2	3	4	5	6	7
8 No que diz respeito aos objetivos na vida que queria alcançar, não tenho feito progressos	1	2	3	4	5	6	7
9 A minha vida é vazia e cheia de desespero	1	2	3	4	5	6	7
10 Se morresse hoje, teria a sensação que valeu a pena viver	1	2	3	4	5	6	7

11 Ao pensar na minha própria vida, muitas vezes pergunto a mim mesmo porque é que existo	1	2	3	4	5	6	7
12 Comparado com a minha vida, o mundo parece-me muito mais confuso	1	2	3	4	5	6	7
13 Não me considero uma pessoa muito responsável	1	2	3	4	5	6	7
14 No que diz respeito à liberdade do ser humano para fazer as suas próprias escolhas, acredito que o homem é absolutamente livre de fazer todas as escolhas na vida	1	2	3	4	5	6	7
15 Em relação à morte, estou preparado e não tenho medo	1	2	3	4	5	6	7
16 Em relação ao suicídio, já tenho pensado seriamente nele como uma saída possível	1	2	3	4	5	6	7
17 Considero que tenho uma grande capacidade para encontrar um sentido, um objetivo ou uma missão na vida	1	2	3	4	5	6	7
18 A minha vida está nas minhas mãos e eu controlo-a	1	2	3	4	5	6	7
19 Enfrentar as minhas tarefas do dia-a-dia é uma fonte de prazer e satisfação	1	2	3	4	5	6	7
20 Não descobri nenhuma missão ou objetivos na vida	1	2	3	4	5	6	7

Slightly revised version of the Purpose in Life Test (PIL-R). Harlow, L.L., Newcomb, M.D. & Bentler, P.M., 1987. Tradução e adaptação de Elizabeth Peralta, autorizada por Psychometric Affiliates.

COMO EU SOU
(versão portuguesa de Pais-Ribeiro, 1995)

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a. Entre esses dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente corretas. Peço-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse corretamente a sua maneira de pensar.

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
1 Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G
2 Quando não consigo fazer uma coisa à primeira, insisto e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G
3 Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4 Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5 Quando estabeleço objetivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G
6 Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G
7 Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G
8 Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G
9 Quando estou a tentar aprender uma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G

10 Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	A	B	C	D	E	F	G
11 Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	A	B	C	D	E	F	G
12 Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13 As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	A	B	C	D	E	F	G
14 Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G
15 Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1 Sinto-me tenso ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

6 Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

2 Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

7 Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

3 Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco mas não me aflige
- ☐ De modo algum

8 Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

4 Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

9 Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

5 Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

10 Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11 Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- () Muito
- () Bastante
- () Não muito
- () Nada

12 Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- () Tanto como antes
- () Não tanto agora
- () Bastante menos agora
- () Quase nunca

13 De repente, tenho sensações de pânico:

- () Muitas vezes
- () Bastantes vezes
- () Por vezes
- () Quase nunca

14 Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- () Muitas vezes
- () De vez em quando
- () Poucas vezes
- () Quase nunca

A: _____ D: _____

Hospital Anxiety and Depression Scale HAD (Zigmond & Snaith, 1983). Tradução e adaptação para a língua portuguesa de M. Baltar e J. Ribeiro (1999): versão portuguesa em estudo

Escala de Adesão Terapêutica

Para cada um dos pontos seguintes, por favor faça um círculo no número que melhor se adequa, tendo em conta o modo como vive o seu programa de reabilitação. Procure ser sincero nas suas respostas.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 Geralmente chego antes da hora de início das sessões	1	2	3	4	5
2 Normalmente gosto de aproveitar as sessões terapêuticas até ao fim	1	2	3	4	5
3 Por vezes falto às sessões terapêuticas sem um motivo importante	1	2	3	4	5
4 Esforço-me muito, sou ativo e coopero na minha reabilitação	1	2	3	4	5
5 Geralmente cumpro as instruções que me são dadas	1	2	3	4	5
6 Aceito as mudanças que me são sugeridas	1	2	3	4	5
7 Tenho uma boa relação com a maioria dos técnicos que me acompanham	1	2	3	4	5
8 A equipa técnica esforça-se por me entender e por me ajudar a solucionar os meus problemas	1	2	3	4	5
9 É fácil entender-me com os técnicos e ser verdadeiro no contato com eles	1	2	3	4	5

WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expetativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito/a com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o impedem de fazer o que precisa?	1	2	3	4	5

4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio/a]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito/a** em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito/a com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito/a com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito/a com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito consigo próprio/a?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito/a com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (15.3)	Até que ponto está satisfeito/a com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (14.4)	Até que ponto está satisfeito/a com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito/a com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito/a com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito/a com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

De seguida, são apresentadas várias afirmações que refletem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida *desde que tomou conhecimento da sua doença*. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma deverá assinalar, com uma cruz (X), a resposta que melhor traduz o grau em que experienciou essa mesma mudança, de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença.
 1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado da minha doença.
 2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado da minha doença.
 3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado da minha doença.
 4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado da minha doença.
 5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença.

	0	1	2	3	4	5
1 Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida						
2 Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida						
3 Desenvolvi novos interesses						
4 Sinto que posso contar mais comigo próprio						
5 Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais						
6 Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade						
7 Estabeleci um novo rumo para a minha vida						
8 Sinto-me mais próximo das outras pessoas						
9 Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções						
10 Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades						
11 Consigo fazer coisas melhores com a minha vida						
12 Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor						
13 Consigo apreciar melhor cada dia						
14 Existem outras oportunidades que não teriam existido antes						
15 Tenho mais compaixão para com os outros						
16 Dedico-me mais às minhas relações						
17 É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança						
18 Tenho uma maior fé religiosa						
19 Descobri que sou mais forte do que pensava ser						
20 Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas						
21 Aceito melhor necessitar dos outros						